

ANNÉE 1939

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MADELEINE PUYAUBERT

3 Août 1912, à Saint-Léonard-de-Noblat (Haute-Vienne)

Maladie
de Nicolas et Favre

Son traitement
par la radiothérapie pénétrante

Président : M. STROHL, Professeur

1939

IMPRIMERIE CENTRALE DE PARIS
66, rue Jean-Jacques-Rousseau, Paris



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554628_0024



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKY.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique.	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale.	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri). Pathologie médicale
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN. Pathologie médicale.
 BULLIARD. Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY. Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL. Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie.
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES.... Pathologie médicale.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN.. Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME. Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy)... Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN. Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 RENARD. Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH.. Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET.. Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS .. Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ. Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL. .. Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Pathologie chirurgicale.
AUBERTN		DROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT		MOURE.	
DUVOR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

MADELEINE PUYAUBERT

Maladie
de Nicolas et Favre

Son traitement
par la radiothérapie pénétrante

Président : M. STROHL, Professeur

1939

IMPRIMERIE CENTRALE DE PARIS

66, rue Jean-Jacques-Rousseau, Paris

A LA MEMOIRE DE MON MARI

A MON PERE

A MON BEAU-PÈRE LE DOCTEUR LOUIS PUYAUBERT

Avec ma profonde et très affectueuse reconnaissance.

A MON BEAU-FRÈRE

LE DOCTEUR JEAN PUYAUBERT

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR STROHL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE PHYSIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

*Qui m'a fait l'honneur de présider
cette thèse, avec tous mes remer-
ciements pour son accueil si
bienveillant.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. BELOT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CHEF DU SERVICE CENTRAL D'ELECTORADIOLOGIE
DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

Je le prie de trouver ici l'expression de toute ma gratitude pour les conseils qu'il a bien voulu me donner au cours de la rédaction de ce travail, ainsi que pour l'enseignement si précieux dont il me permet de profiter depuis qu'il m'a fait l'honneur de m'accueillir dans son service.

A LA MEMOIRE DE
MONSIEUR LE DOCTEUR NAHAN
CROIX DE GUERRE
CHEF ADJOINT DU SERVICE D'ELECTRORADIOLOGIE
DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

*Qui avait eu la bonté de me don-
ner de nombreux documents et
qui m'avait montré une bienveil-
lance que je n'oublierai pas.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR NADAL
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHEF-ADJOINT DU SERVICE D'ELECTRORADIOLOGIE
DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

*Avec tous mes remerciements pour
l'appui qu'il a bien voulu me
donner à mes débuts dans l'élec-
troradiologie.*

Maladie
de Nicolas-Favre

**Son traitement
par la Radiothérapie pénétrante**

INTRODUCTION

Depuis bientôt un an que, sous la direction de notre maître, M. le Docteur Belot, nous travaillons comme attachée dans son service d'électro-radiologie de l'Hôpital Saint-Louis, il nous a été donné de voir plusieurs cas de lymphogranulomatose inguinale subaiguë qui, ayant résisté aux médications usuelles, lui étaient adressés, en désespoir de cause, en vue d'un traitement radiothérapique.

Nous avons donc pu nous rendre compte par nous-mêmes de l'efficacité de la roentgenthérapie et des excellents résultats qu'il était possible d'en obtenir, non seulement dans les formes à adénites non ouvertes, mais même dans les cas où les ganglions étaient déjà ulcérés et fistulisés.

D'autre part, nous avons pu constater, en dépit de ce que quelques auteurs avaient avancé, qu'il était très exceptionnel qu'une seule séance suffise pour amener la guérison et que celle-ci n'était généralement obtenue au contraire qu'après un assez grand nombre de séances.

Nous avons été vivement frappée surtout de la supériorité indiscutable que présentait la radiothérapie pénétrante sur la radiothérapie superficielle et semi-pénétrante

Comme les cas de lymphogranulomatose inguinale semblent devenir de plus en plus fréquents, peut-être simplement parce qu'on connaît mieux cette affection et

qu'on sait mieux diagnostiquer les adénites inguinales en ressortissant, il a paru à notre maître M. le Docteur Belot qu'il était intéressant de faire une mise au point de la question et il nous a engagée à entreprendre ce travail.

Il a bien voulu non seulement nous aider de ses conseils, mais aussi nous communiquer les observations de malades traités dans le Service depuis plusieurs années pour cette affection. Nous lui en adressons tous nos remerciements et sommes heureuse de trouver ici l'occasion de lui exprimer notre vive reconnaissance pour toute la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner en toute occasion depuis que nous sommes dans son service.

Nous n'aurions garde non plus d'oublier de remercier également M. le Docteur Nahan qui nous a aidée de ses conseils et communiqué une partie des observations que nous publions plus loin.

CHAPITRE I

La lymphogranulomatose inguinale subaiguë ou maladie de Nicolas-Favre

Il nous a paru indispensable de résumer brièvement ce que l'on sait de cette affection, nous réservant toutefois de nous étendre plus longuement sur le diagnostic et surtout sur les diverses médications en usage, dont nous nous proposons d'ailleurs de faire la critique, en montrant l'insuffisance du traitement médical et chirurgical proprement dit.

HISTORIQUE

Cette affection décrite sous le nom de poradénite ou poradénolymphite suppurée bénigne, quatrième maladie vénérienne, a été individualisée en 1913 par Nicolas et Favre.

On la rencontre d'ailleurs fort anciennement dans les descriptions cliniques et dès 1859, Chassaignac dans son traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, décrit une adénite aiguë avec périadénite et for-

mation d'abcès, qui d'après les caractéristiques qu'il en donne, doit ou semble bien répondre à l'affection qui nous occupe.

Quoi qu'il en soit, en 1890, Nélaton décrit une forme d'adénite inguinale caractérisée par un ramollissement partiel des ganglions avec existence comme porte d'entrée d'une vésicule d'herpès au niveau de la verge.

Un de ses élèves, L'Hardy, dans une thèse faite sous son inspiration donne de cette affection une description très documentée et l'appelle : adénite subaiguë simple de l'aine à foyers purulents intraganglionnaires. Il signale — chose essentielle — un cas d'adénite conjugale.

Enfin, les médecins de la Marine et les médecins coloniaux décrivent sous le nom de « bubon climatique » une affection dans laquelle on ne saurait voir autre chose que la maladie qui nous occupe.

Nicolas et Favre, à leur tour étudiant cette singulière affection, en dégagent les caractéristiques essentielles : « origine génitale et vénérienne autonome, spécifique et contagieuse » débutant par un petit chancre d'inoculation herpétiforme et se traduisant ensuite par une adénite subaiguë des ganglions inguinaux à foyers de suppuration multiples et individualisés : ils en font du reste une infection généralisée à virus filtrant, spécifique et dont l'adénite inguinale n'est qu'une des manifestations locales.

La découverte par Frei de l'intradermo-réaction à l'antigène lymphogranulomateux en même temps qu'elle démontre le bien-fondé de la spécificité de cette affection, à une haute valeur pratique, puisqu'elle permet un diagnostic facile dans les cas litigieux.

ETIOLOGIE

Quoique cette affection soit susceptible de se montrer en dehors de contaminations sexuelles, puisque elle a été observée chez un chirurgien qui s'était piqué un

doigt au cours d'une intervention sur des ganglions abcédés, elle a toujours, directement ou indirectement — comme dans le cas précédent — une origine vénérienne: la constatation de l'existence simultanée de cette affection chez les deux « partenaires » le démontre surabondamment et mieux encore le cas d'une triple contagion à la même source.

DESCRIPTION

1) FORME CLASSIQUE. — La porte d'entrée est généralement une lésion balano-préputiale insignifiante et ressemblant assez à une vésicule d'herpès : au bout d'une incubation de quinze jours après la contamination, apparaît le microchancre qui persiste pendant 10 à 15 jours et passe le plus souvent d'ailleurs inaperçu.

Une à trois semaines plus tard, survient une tuméfaction des ganglions inguinaux à peine douloureuse : ceux-ci sont tout d'abord isolés, mais s'accompagnent rapidement de périadénite avec état violacé de la peau.

En même temps peuvent survenir des phénomènes généraux, céphalée, fièvre, etc., et parfois des éruptions diverses, le plus souvent à type d'érythème polymorphe.

L'évolution vers la suppuration ne tarde pas et après deux ou trois semaines, les ganglions s'abcèdent isolément et constituent des foyers multiples laissant s'écouler un liquide visqueux, filant et roussâtre, dont le pus ne ressemble en rien au pus « louable » des adénites banales ou à celui du bubon chancrelleux.

Il est à noter, et ceci est souvent très précieux pour le diagnostic, qu'il existe à ce moment une inflammation des ganglions iliaques profonds, mais que ceux-ci ne suppurent jamais.

Quoi qu'il en soit, la suppuration de ces ganglions inguinaux superficiels peut parfois tarir spontanément au bout de quelques semaines, mais le plus souvent s'éter-

nise pendant de longs mois ; elle présente dans quelques cas une évolution d'une « désespérante chronicité ».

II) FORMES ATYPIQUES. — Tout d'abord le chancre d'inoculation qui guérit d'habitude si facilement en une quinzaine de jours, peut persister pendant deux mois. On conçoit combien le diagnostic différentiel peut être alors difficile, d'autant plus qu'il existe des formes associées : chancre mou ou syphilis.

C'est dans ces cas que la recherche du tréponème ou du bacille de Ducrey est particulièrement indiquée, mais il n'en est pas moins vrai qu'en cas d'association, syphilis et chancre mou peuvent faire méconnaître l'existence du micro-chancre d'inoculation de la lymphogranulomatose.

D'autre part, l'adénopathie inguinale peut, ou aboutir très rapidement à la suppuration, ou au contraire présenter la forme de suppuration tardive.

Celle-ci d'ailleurs peut manquer; c'est ainsi que chez la femme la maladie de Nicolas-Favre peut revêtir les caractères d'une adénopathie inguinale banale et rétrocéder sans suppurer.

Enfin, une forme très importante, tant par les difficultés de diagnostic qu'elle soulève que par les conséquences souvent désastreuses qui en résultent, est constituée par la forme ano-rectale avec tendance à la sténose : il est certain que l'affection que Fournier a décrite sous le nom de syphilome ano-rectal est due dans la plupart des cas à la lymphogranulomatose, mais il serait imprudent cependant de trop généraliser, car en réalité ces rétrécissements ont des origines multiples.

De plus, il existe des formes vulvaires pures avec tendances phadégéniques ou encore se présentant sous l'aspect d'un esthiomène de la vulve.

On a décrit également des manifestations à distance : localisations buccales avec adénopathies cervicales, exanthèmes papulo-vésiculeux, érythèmes diffus et érythèmes noueux, arthralgie, etc.

En somme, il s'agit d'une maladie générale à loca-

lisations surtout génito-inguino-périnéales et avec une tendance à un polymorphisme qui en rend parfois le diagnostic difficile.

ETUDE BIOLOGIQUE

La maladie de Nicolas-Favre a donné lieu à un très grand nombre de recherches biologiques : étude du pus, intradermo-réaction de Frei, recherches sérologiques, inoculation aux animaux, etc.

1) PUS. — Le pus des ganglions dus à la lymphogranulomatose est absolument caractéristique : tout d'abord peu abondant, il est visqueux, filant, et formé surtout de grands mononucléaires acidophiles, accompagnés de quelques polynucléaires.

Il n'est pas auto-inoculable et c'est là un caractère très important qui le différencie du pus du chancre mou, dont l'auto-inoculation est bien connue et utilisée pour le diagnostic.

Enfin, il est constamment stérile et toutes les investigations à ce point de vue ont été négatives : on est arrivé, il est vrai, à cultiver plusieurs organismes microbiens, mais ceux-ci n'ont rien de spécifique, l'expérimentation l'a surabondamment démontré et il est à croire que l'on a à faire dans ce cas particulier à un virus filtrant : celui-ci serait détruit à une température de 60° maintenue pendant trente minutes. Il filtre à travers une bougie Chamberland L3.

Cependant, dans une communication récente à l'Académie de Médecine (14 juin 1938), M. Caminopetros estime, après expérimentation que cette affection est causée par des corpuscules à ranger dans le groupe des Rickettsia. Nous ne savons que penser de cette affirmation.

II) REACTION DE FREI. — Quoi qu'il en soit, si le pus d'adénites inguinales dues à la maladie de Nicolas-Favre n'est pas auto-inoculable, il n'en détermine pas moins en injections intra-dermiques, sous forme d'antigène spécifique préparé avec des produits tels que pus, tissu ganglionnaire et autres, une réaction se traduisant 24 heures après l'injection par la production d'une papule rouge, nettement infiltrée et pouvant exceptionnellement aboutir à la suppuration : c'est l'intradermo-réaction de Frei, qui possède une valeur diagnostique très importante et en tous points comparable à l'intradermo-réaction de Mantoux par exemple pour le diagnostic de la tuberculose.

La réaction de Frei paraît posséder une spécificité absolument élective et constitue par conséquent un signe d'une valeur pathognomique très précieuse.

Malheureusement cette réaction n'apparaît pas au début de la maladie et ne se produit que chez les malades atteints depuis deux à six semaines.

III) RECHERCHES SEROLOGIQUES. — Il n'a pas été possible de réaliser une réaction de déviation du complément par le sérum de ces malades : toutes les tentatives dans ce sens ont été négatives.

Par contre, en ce qui concerne l'inoculation aux animaux, les essais ont été positifs : l'animal de choix est le singe, malheureusement la rareté relative de ces animaux ne permet pas des inoculations aussi fréquentes qu'il serait désirable.

Quoi qu'il en soit, une inoculation au singe par la voie intracérébrale détermine au bout de deux ou trois semaines des phénomènes généraux graves : somnolence, asthénie, paralysies, convulsions et finalement coma.

Tel est le processus habituel des accidents, mais certains sujets restent encore en bonne santé apparente un ou deux mois après l'inoculation : sacrifiés au bout de ce laps de temps, ils montrent cependant des lésions identiques à celles que présentent les précédents, c'est-

à-dire des lésions de méningo-encéphalite plus ou moins caractérisées.

En tout cas, l'affection peut être transmise en série aux singes par la même voie et servir de point de départ pour la préparation d'un antigène qui, dans les cas de lymphogranulomatose, donne une réaction positive et qui par inoculation au niveau du prépuce des singes donne des lésions ganglionnaires identiques à celles de l'homme.

La preuve est donc faite qu'il s'agit bien là d'une affection déterminée par le virus de la maladie de Nicolas-Favre.

IV) ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Quelques mots encore au sujet de l'anatomie pathologique des ganglions atteints pour le cas où on voudrait procéder à une biopsie : tout d'abord il existe autour des ganglions qui sont au début petits et couleur lie de vin, puis grossissent et se parsèment de granulations blanc-jaunâtre, des lésions de périadénite très accentuée.

Au point de vue histologique, à un très faible grossissement, on constate « au sein d'un parenchyme modifié par l'inflammation, des formations que l'on peut considérer comme constantes. Ce sont les gommes, les abcès lenticulaires ou stellaires, les foyers épithéloïdes, les cellules géantes. » (N. Favre).

De telles lésions sont caractéristiques.

V) DIAGNOSTIC. — Dans les cas typiques, le diagnostic de la maladie de Nicolas-Favre est assez facile : il suffit d'y penser d'abord et de se remémorer les caractères cliniques de l'adénite de la lymphogranulomatose que nous avons donnés plus haut.

Il est certain qu'à la période de crudité le diagnostic est plus difficile que lorsque les ganglions sont abcédés; la multiplicité des foyers de suppuration dont les peritons sont isolés les uns des autres, les caractères du pus

visqueux, filant, stérile, l'impossibilité d'une auto-inoculation, sont des signes de première valeur que confirme, s'il y a lieu, l'intradermo réaction de Frei.

Celle-ci présente une constance suffisante pour que la présence d'une réaction positive entraîne le diagnostic.

Quoi qu'il en soit, il nous paraît néanmoins indispensable, ne serait-ce que pour permettre d'essayer de faire un diagnostic précoce à une époque où l'allergie n'est pas encore apparue et où, par conséquent, la réaction de Frei n'est pas positive, de passer en revue le diagnostic différentiel avec les diverses adénites aiguës ou chroniques de la région inguinale et particulièrement avec la maladie de Hodgkin.

1° *Maladie de Hodgkin.* — Celle-ci, en effet, peut débiter, on le sait, par des ganglions inguinaux et, personnellement, nous avons observé plusieurs cas de cette localisation initiale il est certain qu'une pareille confusion serait déplorable, surtout au point de vue du diagnostic et qu'on doit par conséquent tâcher de l'éviter à tout prix.

Le volume des adénopathies inguinales, leur extension rapide à d'autres groupes ganglionnaires, l'absence habituelle de suppuration, permettent presque toujours de faire le diagnostic; dans les cas litigieux, l'examen histologique et les réactions biologiques suffisent pour arriver à une différenciation sûre de ces adénopathies.

2° *Syphilis.* — L'adénopathie de la syphilis se distingue facilement de celle de la lymphogranulomatose. A la période du début, la présence d'un chancre présentant les caractères classiques du chancre syphilitique, sur lesquels il est évidemment inutile de revenir et s'accompagnant d'une adénopathie multiple, à ganglions durs, la présence d'un ganglion plus volumineux « le préfet de l'aine » de Fournier, sans aucune tendance à la suppuration ne peuvent guère prêter à confusion.

Enfin, la présence de tréponèmes dans le suc d'un ganglion lèvera tous les doutes.

A la période secondaire, la coexistence d'une roséole ou de plaques muqueuses aiguille le diagnostic dans le bon sens et enfin les réactions sérologiques à cette même période ou à la période tertiaire seront d'un précieux secours.

Plus difficile à diagnostiquer est l'association de formes mixtes : c'est là que l'intradermo-réaction de Frei sera particulièrement utile, puisqu'elle permettra d'une part d'affirmer la maladie de Nicolas-Favre et que d'autre part la syphilis pourra être dépistée par les réactions sérologiques habituelles ou par la recherche du tréponème.

3° *Chancres mous*. — Le diagnostic avec le bubon chancrelleux se fera par l'aspect du pus : d'un côté dans l'adénite de Nicolas-Favre pus visqueux, filant et stérile ; dans le bubon du chancre mou au contraire pus franc, qui dans ce cas-là peut permettre de constater le bacille de Ducrez à l'examen microscopique ; cependant cette recherche, il faut bien le dire, est souvent négative alors qu'au contraire elle est très facile dans le pus du chancre lui-même.

Il ne faut guère compter non plus sur l'inoculation à partir du pus du bubon chancrelleux. En tout cas, la réaction de Frei trouve toujours ici ses indications et celle d'Ito Riensterna pour la chancrelle, avec comme antigène un vaccin antichancrelleux, comme par exemple le « Dmelcos ».

4° *Adénites bacillaires*. — Il est assez difficile à la période de crudité de distinguer une adénite bacillaire de la lymphogranulomatose.

Il est évident que si celle-là est consécutive à une coxalgie, à une tumeur blanche du genou, à une tuberculose des organes génitaux, le diagnostic s'impose ; mais si elle est primitive, il en va tout autrement,

A signaler toutefois la rareté de ces adénites chez les blancs, par opposition avec leur fréquence chez les noirs.

Cependant, la persistance de l'adénite tuberculeuse à un stade de crudité peut la faire distinguer de la poradénite qui, elle, évolue rapidement vers la suppuration ou rétrocède.

Quoi qu'il en soit au stade de suppuration, les différences sont évidentes : d'un côté ramollissement en masse, avec fistules souvent multiples mais communiquant entre elles, au lieu de ganglions fistulisés dont chacun évolue pour son propre compte.

En fait, persistance d'un bon état général dans la maladie de Nicolas-Favre, alors que celui-ci est beaucoup plus touché dans la tuberculose.

5° *Adénites inguinales banales.* — Adénites en général très douloureuses avec fièvre et traînées de lymphangite les reliant aux lésions qui leur ont donné naissance ; en tout cas, pour les érosions des membres inférieurs, ces adénites sont crurales et non inguinales et toute, avec une évolution rapide, s'accompagnant des phénomènes classiques de l'inflammation.

L'examen de leur pus permet d'ailleurs de retrouver facilement le microbe qui leur a donné naissance et, en tout cas, elles ne présentent pas l'évolution subaiguë et souvent interminable des adénites de la maladie de Nicolas-Favre.

Il est évident que la confusion, si elle se produit tout d'abord, ne peut être que de courte durée.

6° *Affections non ganglionnaires.* — Est-il bien nécessaire de discuter le diagnostic avec les affections non ganglionnaires de la région inguinale : kystes, tumeurs de la peau, abcès non ganglionnaires, lipomes, etc ? Nous ne le pensons pas : un examen clinique minutieux permettra de faire un diagnostic éminemment facile dans la plupart des cas.

7^o *Bubon pesteux*. — Nous en dirons autant du bubon pesteux qui est d'une rareté insigne dans nos pays; mais la fièvre élevée, les frissons, l'altération de l'état général, ne permettent pas cette confusion.

Enfin, en terminant, signalons le diagnostic avec les adénopathies inguinales de nature néoplasique qui ont une physionomie bien particulière et dont la cause est souvent évidente.

CHAPITRE II

Traitement de la maladie de Nicolas-Favre à l'exclusion du traitement radiothérapique

On se trouve en présence de nombreuses médications d'où l'on peut conclure qu'il n'en existe aucune de spécifique.

A maladie générale devrait s'appliquer un traitement général et c'est tout d'abord celui-ci ou plutôt ceux-ci, car même ici les médications sont multiples, que nous allons passer en revue ; inutile de dire que la lymphogranulomatose étant une maladie infectieuse, on s'est adressé tout d'abord à des méthodes biologiques.

Celles-ci n'ayant pas donné les résultats escomptés, on a essayé des méthodes chimiothérapiques, au choix desquelles ont présidé des idées a priori dérivant de conceptions pathogéniques spéciales, ou bien on a mis en œuvre des médications inspirées par les méthodes thérapeutiques utilisées dans le traitement d'autres supurations.

Cependant certains négligeant le traitement général se contentent d'un traitement local ; d'autres combinent les deux.

Quoi qu'il en soit, ces diverses inspirations pathogéniques nous permettent d'apporter un peu d'ordre dans l'examen des diverses médications que nous passerons en revue dans l'ordre suivant : I. *Médications générales*.

1^o Médications biologiques. 2^o Méthodes chimiothérapiques.

II. *Médications locales*.

1^o Médications chimiques locales.

2^o Thérapeutique chirurgicale.

3^o Traitement par les agents physiques et notamment par la radiothérapie.

Nous consacrerons à celle-ci un chapitre spécial, en raison de son importance d'abord et, surtout, parce qu'elle fait l'objet du présent travail.

I. *Médications générales*

1^o *Méthodes biologiques*. — Un assez grand nombre de médications appartenant à ce groupe ont été essayées dans la maladie de Nicolas-Favre ; le plus souvent les auteurs ont procédé par analogie et emprunté à la thérapeutique d'affections similaires ou supposées telles les méthodes en usage.

C'est ainsi que les médications de choc, soit brutales, telles que la lactothérapie, la protéinothérapie, les vaccins non spécifiques (Propidon, Dmeicos, etc.) soit atténuées, telles que l'autothémothérapie, ont été essayées successivement, sans grand résultat du reste.

D'aucuns se sont adressés à la tuberculine : il est inutile, quoique cette méthode ait donné parait-il des résul-

tats encourageants, d'en signaler les dangers chez les sujets porteurs de lésions tuberculeuses ignorées : il est incontestable que c'est un risque sérieux qu'on fait courir à des malades pour le traitement d'une affection somme toute assez peu grave.

Il était plus naturel d'employer soit l'antigène humain de la lymphogranulomatose (Helleström), soit l'antigène simien de la même affection (Levaditi et Maisler). Nous passons sous silence les modalités de cette médication étant donné les résultats plus qu'aléatoires qu'on en a obtenus.

2° *Méthodes chimiothérapiques.* — L'on a eu recours, par analogie, aux médicaments antisyphilitiques : d'abord, arsenobenzols, mercure, bismuth, qui n'ont donné aucun résultat ; puis, iode et iodures, soit associés sous forme de solution de Lugol, soit sous celle d'iodure de potassium, avec des résultats inconstants.

L'émétine (chlorhydrate) a été employé par Ravaut, pure ou bien associée à l'iode, avec parfois une action appréciable, au milieu d'insuccès à peu près complets.

Les sels d'or (allochrisine, thiopranol) ont été essayés sans résultats.

Les sels d'antimoine, sous forme d'injections intra-veineuses d'émétique à 1 % ont été préconisés par Destefano et Vaccarezza ; ils ont par la suite fait l'objet d'une large expérimentation par Sézary, notamment : injections bi-hebdomadaires pendant deux mois et demi.

Cette médication donne parfois d'excellents résultats, mais certains malades ou ne réagissent pas à l'antimoine, ou bien ne la tolèrent pas et on est alors obligé d'interrompre le traitement.

Même dans les cas heureux, il peut survenir des récidives, qui habituellement cèdent à la reprise de la médication.

Quoi qu'il en soit, comme le dit Favre lui-même, « aucune de ces médications n'a paru avoir une efficacité constante, sauf l'émétique, mais qui n'est pas sans inconvénients ».

II. Médications locales

1° *Médications chimiques.* — M. Pinard s'est fait le protagoniste du traitement de l'adénite lymphogranulomateuse par la glycérine, en raison de son pouvoir de neutralisation du virus *in vitro*. S'emploie sous forme d'injections intraganglionnaires de 1 centimètre cube ou bien après incision et curettage du ganglion, par injections dans la cavité de celui-ci, renouvelées quotidiennement : en réalité les résultats observés ont été très inconstants.

Les ponctions avec injection de liquides modificateurs (liquide de Calot, solution de Lugol, huile xyloiodoformée) n'ont pas donné de succès plus brillants.

2° *Thérapeutique chirurgicale.* — L'exérèse en masse qui a donné souvent de beaux succès, mais aussi des éléphantiasis du scrotum et des membres inférieurs, n'est plus guère employée aujourd'hui et on se contente de l'ablation d'un seul ganglion inguinal; comme l'a observé Favre et bien d'autres auteurs après lui, cette simple intervention non mutilante, serait suivie de la rétrocession de toute la masse inguino-iliaque, mais il se produit quelquefois des retards dans la cicatrisation avec lymphorrhée souvent abondante, cicatrice vicieuse ou en tout cas peu esthétique, qui rendent souvent cette intervention assez difficilement acceptable par les malades.

3° *Agents physiques autres que les rayons X.* — Ont été essayés successivement et sans succès appréciables : l'air chaud, la chaleur radiante obtenue avec la caisse de Delherm et Gaiffe, et enfin les rayons ultra-violets.

On a utilisé également l'électro-coagulation : celle-ci, employée par Ravaut, a donné des résultats intéressants, mais qui ne sont en rien comparables à ceux obtenus par

la radiothérapie ; elle s'accompagne d'escarre souvent mutilantes, elle a donc été abandonnée et c'est uniquement aux modalités diverses de la roëntgenthérapie qu'on a recours aujourd'hui.

L'examen critique des diverses techniques employées et l'étude de leurs résultats constituera la dernière partie de ce travail.

CHAPITRE III

Traitement radiothérapique de la maladie de Nicolas-Favre

Il semble anormal au premier abord, et nous l'avons déjà dit plus haut, de vouloir traiter par un procédé local même constitué par des radiations, une maladie générale ; mais l'expérience a montré que la radiothérapie n'a pas d'action sur la maladie de Nicolas-Favre proprement dite et ne fait disparaître en rien l'allergie révélée par la persistance de la réaction de Frei, elle n'en constitue pas moins le traitement de choix de ses diverses manifestations particulièrement ganglionnaires.

Il est certain que c'est par analogie avec les résultats obtenus dans les inflammations ganglionnaires de diverses natures qu'on s'est adressé aux Rayons X pour traiter les adénites de la maladie de Nicolas-Favre : cette thérapeutique a d'ailleurs été souvent tardive et ce n'est qu'après avoir constaté les échecs d'autres médications (traitement médical ou même exérèse) qu'on a eu recours à la roentgenthérapie ; c'est-à-dire qu'on a surtout traité d'abord des cas fistulisés, pour lesquels on a eu cependant des succès à peu près constants ; mais il est

à remarquer, comme il fallait évidemment s'y attendre, que les guérisons ont été beaucoup plus rapides et les échecs exceptionnels, lorsque par la suite on a soumis systématiquement aux irradiations des adénopathies non encore suppurées.

Dans la leçon faite le 23 janvier 1930 à la Clinique dermato-syphilitique de la Faculté de Médecine de Paris par le Professeur Nicolas, celui-ci, attirant l'attention de ses auditeurs sur l'efficacité de la radiothérapie dans les adénites de la lymphogranulomatose, insiste sur l'intérêt de la précocité du traitement et en fixe ainsi la technique, qui est celle de son radiologue le docteur Coste :

« Radiothérapie d'une durée de 20 à 25 minutes, avec filtration de 15/10^e d'aluminium, à la dose de 250 à 300 r internationaux par foyer irradié, en traitant dans une même séance plusieurs foyers ».

« Il n'est pas nécessaire, ajoute-t-il d'irradier les ganglions iliaques ; ils disparaissent spontanément après le traitement efficace des ganglions inguinaux ».

Et il ajoute en concluant : « Une seule séance est habituellement suffisante », « au bout de cinq à six semaines la guérison est achevée », faisant toutefois remarquer que « s'il se forme un nouveau foyer, il faut attendre 7 à 8 semaines avant de faire une nouvelle série d'irradiations ».

Nous verrons plus loin la nécessité de s'adresser à un rayonnement pénétrant et les échecs auxquels on s'expose en n'employant pas cette technique ; mais nous voulons tout d'abord relever ce qu'a de trop absolu, même tempérée par la réserve que le professeur Favre y introduit, cette affirmation qu'« une seule séance suffit habituellement pour obtenir la guérison ».

C'est l'inverse qu'il faudrait dire d'après les cas que nous avons traités dans le service du Docteur Belot et surtout d'après sa propre expérience ou celle de ses collaborateurs, s'étendant à un grand nombre de cas observés.

Radiothérapie semi-pénétrante

Il est à remarquer que la radiothérapie semi-pénétrante, qui donne d'excellents résultats dans le traitement des adénites de nature bacillaire ou autre, présente une efficacité beaucoup moindre dans les adénopathies dues à la maladie de Nicolas-Favre ; nous verrons en effet par les observations que nous devons à l'amabilité de MM. Belot et Nahan, que des adénites ayant cette origine et traitées sans résultat appréciable par des rayons semi-pénétrants, cèdent à quelques séances de radiothérapie profonde.

Cette résistance particulière des adénites de la lymphogranulomatose aux rayons peu pénétrants est due vraisemblablement à l'envahissement des ganglions par un tissu de sclérose, à la prolifération toute particulière de ce tissu fibreux qui est en effet caractéristique de l'adénopathie de la maladie de Nicolas-Favre.

On constate d'ailleurs, comme nous l'avons laissé entrevoir plus haut, que si l'on peut intervenir de façon précoce, la radiothérapie semi-pénétrante donne d'excellents résultats alors qu'il s'agit de formes de début surtout inflammatoires et ayant envahi une faible épaisseur de tissu ; mais dans les formes avancées, dans lesquelles le tissu fibreux a eu le temps d'apparaître et de s'organiser, la radiothérapie semi-pénétrante est notoirement insuffisante ; dans ces conditions, on ne saurait s'attarder à un traitement inefficace du fait de la pénétration trop faible des radiations utilisées et c'est d'emblée aux fortes pénétrations qu'il faut avoir recours.

Voici donc les observations en question, où le traitement radiothérapique par des rayons semi-pénétrants a déterminé, il est vrai, une amélioration passagère mais qui a été rapidement suivie de récurrence avec apparition de nouveaux ganglions ; un changement de technique et l'utilisation d'un rayonnement plus pénétrant a, au contraire, déterminé une amélioration rapide et une guérison définitive.

Observation 2

Chez un ancien syphilitique constamment et régulièrement traité, est apparue une adénite inguino-iliaque bilatérale typique, avec suppuration et fistulisation multiple.

Un traitement iodo-ioduré (injections intra-veineuses progressives) est précocement institué, sans résultat appréciable.

On a recours à la radiothérapie.

Trois irradiations de 400 r internationaux. (E. E. 25 cms. F: 10 mm. Al.) à deux semaines d'intervalle, provoquent un affaissement des masses inguinales. Mais cette amélioration n'est que passagère et est rapidement suivie de récurrence avec apparition de nouveaux ganglions.

On décide de changer de technique et d'utiliser un rayonnement plus pénétrant (E. E. 40 cms — F 10 mm. Al.).

Après une application de 1.000 r internationaux, une amélioration rapide se manifeste : les masses superficielles s'affaissent et on ne perçoit plus de ganglions iliaques.

Six semaines plus tard, deuxième irradiation de 800 r internationaux.

Le mois suivant la guérison est obtenue.

Fistules taries et cicatrisées ; plus d'adénopathie perceptible ; cicatrice légèrement rétractile.

Cette guérison a pu être vérifiée au cours des trois années qui suivirent le traitement,

Observation 10

Adénopathie inguino-iliaque droite caractérisée par une grosse masse ganglionnaire entourée d'une gangue de périadénite dure, sans suppuration.

Déjà traité par les Rayons X en province, sans résultat.

Une irradiation de 1.500 r internationaux (E. E. 40 cms, F: 0 mm. 5 Cu) détermine une amélioration appréciable mais il persiste quelques ganglions durs dans la région inguinale.

Observation personnelle (Désiré C, 37 ans)

Adénopathie inguinale gauche évoluant depuis un mois : masse indurée. Diagnostic : maladie de Nicolas-Favre.

Mis en traitement le 12 avril 1938.

Radiothérapie semi-pénétrante ainsi prescrite :

Secteur inguinal gauche: 300 r internationaux 120/10° Al. Trois séances à huit jours. Puis encore : 250 r internationaux 120/10°. Deux séances à huit jours.

Ce malade revient au bout d'un certain temps non guéri : ses lésions présentent sensiblement le même aspect qu'avant le traitement.

On reprend donc la radiothérapie, mais on utilise cette fois des radiations pénétrantes ; on prescrit donc :

Dose : 1.200 r; 1 Cu — 0 m. 50 cms. Deux fois par semaine, à la suite de quoi la cicatrisation est complète.

On a prescrit seulement 1.200 r à cause du traitement antérieur semi-pénétrant.

Par contre l'observation I montre, comme nous le disions plus haut, l'efficacité de la radiothérapie semi-pénétrante dans les formes non suppurées.

Observation I

Adénopathie inguinale bi-latérale évoluant depuis un mois.

La masse ganglionnaire est recouverte d'une peau rouge lie de vin, mais on ne constate ni fistule ni suppuration appréciable.

Les chaînes iliaques sont prises.

Radiothérapie semi-pénétrante :

E. E. 25 cms. Filtre 10 mm. Al.

Après deux irradiations de 350 r pratiquées à 15 jours d'intervalle, l'adénopathie a diminué de plus de moitié.

Le traitement, interrompu par une affection intercurrente, est repris six semaines plus tard.

Trois nouvelles irradiations de 300 r amènent la guérison.

La gêne fonctionnelle a complètement disparu ; la masse inguino-crurale est remplacée par quelques petits ganglions durs et on ne sent plus, dans les fosses iliaques, qu'un léger empâtement.

Radiothérapie profonde

C'est donc à la radiothérapie profonde qu'il faut s'adresser dans les formes infiltrées suppurées pour obtenir des résultats constants, rapides et définitifs ; il importe par conséquent d'en bien fixer la technique.

Voyons d'abord ce qui a été fait jusqu'à ce jour dans cet ordre de choses.

Déjà en 1930, on relève dans la littérature médicale

trois cas traités avec succès, grâce à des radiations pénétrantes par Moutot, Claude et Hatiégann.

En 1932, Clément-Simon et Bralez emploient la radiothérapie pénétrante avec succès sur un homme de 31 ans qui présentait une adénopathie suppurée ; leur technique était la suivante :

800 r 12 mm. Al. Distance : 40 cms.

Après un mois, nouvelle irradiation de 600 r : guérison complète.

Au troisième Congrès international de Paris en 1931, les docteurs Belot et Nahan rapportent des cas de lymphogranulomatose inguinale sugaiguë traités par les radiations : soit huit guérisons, trois améliorations et une amélioration légère. Ils insistent déjà sur la nécessité d'un rayonnement pénétrant et concluent non seulement à l'efficacité de cette thérapeutique, mais encore à sa rapidité d'action et à la diminution notable de la durée du traitement qui résulte de son emploi.

La technique à laquelle ils se sont arrêtés et qu'ils ont utilisée chez la plupart de leurs malades est la suivante :

« Irradiation des régions inguino-iliaques en dépassant largement les territoires ganglionnaires atteints ; chaînes inguinales iliaques internes et, plus souvent, les ganglions inférieurs du triangle de Scarpa atteints secondairement par propagation de voisinage.

Rayonnement pénétrant 200 Kvs, tension pulsatoire ou constante E. 40 cms; Filtre 0,5 mm. Cu.

Dose à la peau 1.500 à 2.000 r étalée sur 8 à 10 jours.

Parfois une seconde série d'irradiations analogues à la première, est nécessaire pour parfaire la régression des adénopathies et pour accentuer l'assouplissement des placards fibreux. »

Les observations ci-dessous sont très démonstratives et prouvent mieux que des affirmations l'efficacité vraiment remarquable de la radiothérapie pénétrante dans les adénites de la maladie de Nicolas-Favre.

Observation 3

Adénopathie inguino-iliaque, bilatérale fistulisée à droite, évoluant depuis trois mois.

Peu de temps après son apparition incision de l'adénite droite, qui donne issue à un liquide visqueux.

Pendant deux mois ingestion d'iodure de potassium.

Les lésions n'ayant aucune tendance à la régression, la roëntgenthérapie est tentée :

Première irradiation: 1.200 r; Filtre : 10 mm. Al. E. E. : 40 cms.

Un mois plus tard, les fistules droites sont taries et les adénopathies très affaissées.

On pratique une seconde irradiation de 1.500 r.

Cinq semaines après ce traitement, on constate la disparition complète des adénopathies ; mais dans la région inguinale droite, à l'emplacement de l'incision et des fistules, persiste un placard induré, adhérent aux téguments.

Observation 4

Lymphogranulomatose inguino-iliaque gauche, fistulisée, évoluant depuis cinq mois et traitée antérieurement par l'émétine, sans résultat notable.

Irradiation large de la région atteinte : 1.700 r E. E. 40 cms. Filtre 0,5 Zn.

Après une recrudescence passagère de l'écoulement des fistules pendant les quinze jours qui suivent le traitement, une amélioration nette et progressive se produit; les pertuis s'assèchent et l'adénopathie diminue.

Trois mois plus tard, on ne constate plus qu'une zone indurée adhérente au tégument, légèrement pigmenté.

Observation 5

Le cas est intéressant, car il s'agit d'une *récidive après intervention chirurgicale* et un traitement par l'émétine.

Malade de 28 ans qui vit apparaître en 1924 une adénopathie inguino-crurale double.

En septembre 1924, extirpation de la masse ganglionnaire gauche.

Dans la suite, récidive qui fut traitée par six piqûres d'émétine, sans résultat.

Fin mai 1925, on a recours à la radiothérapie.

A ce moment, on a constaté dans la région inguinale droite plusieurs fistules criblant une masse parsemée de ganglions durs.

Dans la profondeur, on sent la chaîne iliaque tuméfiée.

A gauche, sous la cicatrice inguinale dure et adhérente, grosse adénite adhérente à la peau apparue depuis un mois (7 mois après l'opération).

De ce côté également les ganglions iliaques sont pris.

Irradiation : 1.500 r F. 0 mm. 5 Zn, E. E. 40 cms.

Cinq semaines après ce traitement, on constate une amélioration considérable.

A droite, les fistules sont taries, on ne sent plus que quelques petits ganglions scléreux et une légère induration dans la fosse iliaque.

A gauche, le gros ganglion est à peine perceptible et l'adénopathie iliaque a disparu.

Observation 6

Malade de 30 ans, porteur d'une volumineuse adénopathie inguinale droite, s'accompagnant de ganglions iliaques profonds.

La masse inguinale est recouverte d'une peau rouge et brillante parsemée de fistules.

Irradiation large de la région inguino-iliaque droite: 1.700 r E. E. 40 cms. Filtre 0 mm. 5 Zn étalée sur huit jours.

Après ce traitement, les phénomènes inflammatoires s'accroissent ; plusieurs fistules s'élargissent et forment une ulcération.

Au bout d'un mois la cicatrisation est terminée, mais la région inguinale est occupée par un bloc fibreux adhérent au tégument.

Observation 7

Lymphogranulomatose inguinale bilatérale évoluant depuis peu, à la phase inflammatoire de début, sans suppuration apparente.

Les ganglions inguino-iliaques sont augmentés de volume, durs et se laissent encore mobiliser ; pas de périadénite appréciable, L'adénite est surtout marquée à gauche.

Après une première irradiation de 1.500 r F. 0 mm. 5 Zn E. E. 40 cms, on assiste à une notable rétrocession des adénopathies.

Une seconde irradiation pratiquée six semaines plus tard détermine une guérison parfaite, sans trace d'infiltration scléreuse des tissus sous-cutanés.

Observation 8

Maladie de Nicolas-Favre, évoluant depuis un mois environ. Grosse masse ganglionnaire inguino-iliaque bilatérale avec périadénite, mais sans fistulisation.

Une irradiation de 1.500 r E. E. 40 cms filtre 0 mm. 5 Zn provoque la disparition des adénopathies droites et un notable affaissement des ganglions du côté gauche.

Observation 9

Adénopathie inguino-iliaque bilatérale.

L'adénite inguinale droite, la première apparue, est suppurée et fistulisée, avec grosse périadénite adhérente aux plans profonds et à la peau.

A gauche, on note également une volumineuse périadénite, mais sans suppuration apparente.

Radiothérapie : 1.500 r (E. E. 40 cms, F. 0 mm. 5 Zn).

Au bout de 15 jours, la suppuration droite est tarie et les masses ganglionnaires et périganglionnaires sont en voie de régression.

Deux mois après le traitement, le malade est revu guéri.

Il ne persiste plus qu'une légère induration plastique, de la région inguinale droite.

Observation 11

Volumineuse adénopathie inguino-iliaque droite formant une masse adhérente aux plans profonds et à la peau ; celle-ci est parsemée de fistules laissant sourdre un liquide filant.

Première irradiation : 1.750 r, E. E. 40 cms, F. 0 mm. 5 Zn.

Au bout d'un mois, gros affaissement de la tuméfaction ganglionnaire et assèchement des fistules.

Après une deuxième irradiation, 1.500 r (E. E. 40 cms F. 0 mm. 5 Zn), la cicatrisation est complète. L'adénite inguinale a disparu, mais il persiste dans la fosse iliaque un léger empâtement qui disparaît dans la suite.

Observation 12

Adénite inguino-iliaque droite avec grosse périadénite recouverte d'une peau rouge et luisante, mais sans fistule ni suppuration apparentes. Evolution remontant à deux mois.

Irradiation : 1.700 r (E. E. 40 cms. F. 0 mm. 5 Zn).

Douze jours après l'irradiation, apparition de deux fistules.

Deux mois plus tard, ces fistules sont cicatrisées ; on ne perçoit plus d'adénopathie ; à leur emplacement, on constate une nappe fibreuse.

Au cours du traitement, plusieurs ganglions sont apparus dans la région inguinale gauche, qui disparaissent sans laisser de traces, après une irradiation de 1.700 r.

Observation Ch... Jacques (personnelle)

Homme de 36 ans, est envoyé en mai 1937 dans le service d'électroradiologie de l'Hôpital Saint-Louis, avec le diagnostic de Maladie de Nicolas-Favre, par le docteur Weissebach.

Début en avril 1937. Traité médicalement. Présente actuellement de gros ganglions inguinaux, fluctuants et indolores. Pas de ganglions iliaques.

Fièvre depuis huit jours à 38°.

Radiothérapie profonde :

(E. E. 40 cms. Filtre 1/2 Cu 2 Al. Distance 40 cms).

Dose : 1.800 r étalés sur 15 jours, du côté droit.

Puis irradiation aux mêmes doses du côté gauche. Plus tard, 350 r supplémentaires des deux côtés.

Trois mois après, sur la région inguinale gauche, 1.000 r étalés sur un mois.

Le 29 octobre, la cicatrisation est complète.

La guérison, dans les semaines qui suivent l'irradiation, survient suivant le processus ci-après :

Tout d'abord, les lésions de périadénite sont les premières à disparaître et l'on assiste rapidement à leur résolution.

Puis la suppuration, après une augmentation passagère, diminue d'abondance et disparaît quelques jours après le traitement, en même temps que progressivement les ulcérations et les trajets fistuleux se cicatrisent et que les ganglions diminuent de volume, mais sans toutefois disparaître en totalité.

En même temps, il est à noter, dans les cas où il existe des ganglions iliaques, ce qui est d'ailleurs la règle, que ceux-ci disparaissent spontanément sans avoir nécessité d'irradiation, par un mécanisme assez difficilement explicable d'ailleurs.

La régression des adénopathies peut cependant n'être pas obtenue du premier coup et nécessite parfois une nouvelle série d'irradiations analogue à la première; d'autre part, il persiste parfois des placards fibreux dont l'assouplissement nécessite la prolongation du traitement radiothérapique.

Les résultats, dans les formes au début et par conséquent non suppurées, sont quelquefois parfaits et la *restitutio ad integrum* est souvent complète ; il n'en est pas de même dans les formes ulcérées et fistulisées et, comme le disent les docteurs Belot et Nahan « la radiothérapie ne met pas toujours à l'abri de la sclérose des tissus sous-cutanés, vers laquelle d'ailleurs tend l'évolution spontanée de cette affection. »

CONCLUSIONS

I. La radiothérapie est le traitement de choix des adénopathies de la maladie de Nicolas-Favre.

II. Dans les formes au début et par conséquent non encore ulcérées, la radiothérapie semi-pénétrante peut être suffisante.

III. Par contre dans les formes suppurées, ulcérées, fistulisées, envahies par du tissu fibreux, dans toutes les formes infiltrantes ; dans les récidives consécutives à une exérèse, c'est à la radiothérapie profonde qu'il convient de s'adresser, suivant la technique de MM. Belot et Nahan : 200 Kvs, 40 cms D, Filtre 0 mm. 5 Cu à 1 Cu. Dose à la peau 1.500 à 1.800 r, étalée sur 8 à 10 jours.

« Une seconde série d'irradiations analogue à la première peut être parfois nécessaire 3 à 4 semaines après la première pour parfaire la régression des adénopathies et pour accentuer l'assouplissement des placards fibreux. » (Belot et Nahan).

IV. Dans les formes ulcérées et fistulisées, traitées tardivement, il persiste des séquelles constituées par l'envahissement des tissus sous-cutanés et des ganglions par une sclérose quelquefois très accentuée ; dans les formes au début, au contraire, la guérison complète est la règle.

VU ET APPROUVE :

Le Recteur de la Faculté :

M. ROUSSY

Le Doyen :

M. TIFFENEAU

Le Président de Thèse :

M. STROHL

Bibliographie

- P. CHEVALLIER et J. BERNARD. — La maladie de Nicolas-Favre. Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. — *Rev. de Méd. Paris* 47 : 856-882, déc. 1930.
- CHEVALLIER et J. BERNARD. — La maladie de Nicolas-Favre (Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. — *Concours Médical* n° 14, 5 avril 1931, p. 1.106.
- CURTH. — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatose inguinale. — *Medizinische Klinik*, n° 32, 7 août 1931.
- P. GIBERT. — Evolution d'une lymphogranulomatose. — *Soc. de Radiol. Méd. de France*, n° 180, juin 1931, p. 273.
- LEVADITI, RAVAUT P., P. LÉPINE et Mlle R. SCHEN. — Recherches expérimentales sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Nicolas-Favre. — *Bull. de l'Acad. de Médecine*, séance du 17 nov. 1931.
- Ch. LASSERRE et POIRIER. — Deux cas de lymphogranulomatose. — *Réunion d'Orthopédie et de Chirurgie de l'Appareil moteur de Bordeaux*, séance du 22 janvier 1931.
- E. LÉPINAY. — Trois cas de maladie de Nicolas-Favre traités et guéris par la chrysothérapie. — *Maroc Médical*, 15 août 1931.
- R. LE BARON. — Le traitement de la maladie de Nicolas-Favre. — *Gaz Méd. de France*, n° 16, 15 août 1931.

- C. LEVADITI, P. RAVAUT, P. LÉPINE et Mlle SCHËN. — Présence du virus de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre), dans les organes des singes inoculés par voie intracérébrale. — *Soc. de Biol.*, séance du 27 juin 1931.
- LEVADITI, RAVAUT, LÉPINE et SCHËN. — Etude expérimentale du virus de la lymphogranulomatose inguinale. — *Soc. de Biol.*, séance du 18 juillet 1931.
- H. LOHE et K. BLUMMERS. — Nouvelles observations sur la lymphogranulomatose inguinale. — *Med. Klin.*, t. XXVII, n° 17, 24 avril 1931.
- L. NAHAN et J. BELOT. — Du rôle de la radiothérapie dans le traitement de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. — III^e Cong. Intern. de Radiol., 26-31 juillet 1931.
- J. NICOLAS. — Maladie de Nicolas-Favre. Notions récentes, étiologie, diagnostic et traitement. — *Archives de Dermat. et Syphil. de l'Hôpital St-Louis*, juin 1931.
- J. NICOLAS, M. FAVRE, G. MASSIA et F. LEBŒUF. — Rétrécissement anorectal éléphantiasique et lymphogranulomatose inguinale. — *Journal de Médecine de Lyon*, n° 273, 20 mai 1931, p. 303.
- J. NICOLAS. — Traitement de la lymphogranulomatose inguinale. — *La Médecine*, n° 16, nov. 1930.
- J. NICOLAS, M. FAVRE et F. LEBŒUF. — L'intradermoréaction dans la lymphogranulomatose inguinale. — *Journ. de Méd. de Lyon II* : 295-298, May 20, 1930.
- NICOLAS, M. FAVRE et F. LEBŒUF. — L'intradermoréaction dans la lymphogranulomatose inguinale. — *Bull. Soc. Franç. de Dermat. et Symp.* (Réunion der-Lyon) 37 : 751-756, July 1930.
- J. NICOLAS, M. FAVRE et F. LEBŒUF. — Traitement de la lymphogranulomatose inguinale. — *Médecine II* : 887-881, nov. 1930.
- M. PAUTRIER. — Les formes à suppuration large de la maladie de Nicolas-Favre. — Réunion Dermatol. de Paris, séance du 8 mars 1931.

MARIANNE ROMME. — Maladie de Nicolas-Favre. (Lymphogranulomatose bénigne). — *Presse Médicale*, 21 nov. 1931.

J. SÈNÈQUE. — Maladie de Nicolas-Favre et rétrécissement du rectum. — *Presse Médicale*, n° 2, 6 janvier 1932.

Bulletin et Mém. de la Société Radiologique Médicale de France, n° 197, mars 1933.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie, 14 déc. 1923.

Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1922.

JAMÉ AUJALEU et PASSA. — La Maladie de Nicolas-Favre. — *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*, n° 1, janvier 1934.

Gaston LYON. — La Maladie de Nicolas-Favre. — *Le Jeune Médecin*, n° 3, p. 61, juin 1932.

NICOLAS et FAVRE. — Traitement radiothérapique de la Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. — Société de Biologie, 1921.

Ouvrages de RAVAUT. — Société Médicale des Hôpitaux de Paris

M.-G. VIAL. — La Maladie de Nicolas et Favre. — *Gazette des Hôpitaux*, n° 44, 1^{er} juin 1935.

Paul CHEVALIER. — La Maladie de Nicolas-Favre. — *Revue Médicale Universelle*, mai 1930, p. 1.

Clément SIMON. — Extr. du T. XIX du Traité de Pathologie Médicale et de Thérapeuth. appl., Paris, Maloine, 1921, in-8°.

CHAUFFAUD. — *Bull. de l'Acad. de Médecine*, Paris, Masson, 1906.

Bruxelles Médical, 16, 1510, 9 août 1926.

F. FINACHARO. — *Ann. Paulist. de Méd. et Cir.*, 34 : 589-593, décembre 1937.

BORDEAUX. — *Thèse Médicale*, 1926-27, n° 44.

J. DUBIE. — Radiothérapie de la Maladie de Nicolas-Favre.
~~CHIRURGIE~~ *Revue d'actinol et de Physiothérapie*, n° 5, septembre 1934.

L. NAHAN et J. BELOT. — Du rôle de la Radiothérapie dans le traitement de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. — III^e Congrès International de Radiologie, 26 et 31 juillet 1931.

SIMON et BRALEZ. — Un cas de lymphogranulomatose de Nicolas et Favre, traité par la Radiothérapie profonde. — *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, 14 déc. 1923, p. 460.

Imprimerie Centrale de Paris
Marcel PASCAL, Imprimeur
66, Rue Jean-Jacques-Rousseau
Paris - 1^{er}

